Deutscher Bundestag **Drucksache 14/9122**
14. Wahlperiode 16. 05. 2002

Beschlussempfehlung und Bericht

des Ausschusses für Gesundheit (14. Ausschuss)

zu dem Antrag der Abgeordneten Helga Kühn-Mengel, Hildegard Wester, Regina Schmidt-Zadel, weiterer Abgeordneter und der Fraktion der SPD sowie der Abgeordneten Monika Knoche, Christa Nickels, Irmingard Schewe-Gerigk, weiterer Abgeordneter und der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN – Drucksache 14/6453 –

Brustkrebs – Mehr Qualität bei Früherkennung, Versorgung und Forschung – Für ein Mammographie-Screening nach Europäischen Leitlinien

A. Problem

1. Jährlich erkranken in Deutschland etwa 47 000 Frauen an Brustkrebs, und jedes Jahr sterben ca. 17 000 Frauen an dieser Tumorart. Internationale wissenschaftliche Studien belegen, dass sich die Zahl der Brustkrebs-Todesfälle bei Frauen zwischen 50 und 70 Jahren durch ein Mammographie-Screening um 20 bis 30 Prozent verringern ließe, wenn die Früherkennung unter gesicherten Qualitätsbedingungen stattfände. Auf Deutschland übertragen heißt dies: In der Altersgruppe der 50- bis 70-jährigen Frauen könnten pro Jahr ca. 3 500 Todesfälle, etwa 10 pro Tag, vermieden werden. Die Einführung eines qualitätsgesicherten Mammographie-Screenings stellt so den wichtigsten Einzelbeitrag zur Verbesserung der Brustkrebssterblichkeit in Deutschland dar.
2. Mehr als 4 Millionen Mammographien werden in Deutschland jährlich bereits durchgeführt. Das sind 500 000 mehr als für die Einführung eines flächendeckenden qualitätsgesicherten Screenings mit einer Teilnehmerinnenrate von mindestens 70 % der in Frage kommenden Frauen notwendig wäre. Die in Deutschland durchgeführten Mammographien entsprechen in der Regel nicht den 1994 entwickelten, international anerkannten europäischen Leitlinien: Es gibt keine grundsätzliche Doppelbefundung aller Aufnahmen, keine tägliche Qualitätskontrolle der Technik, die Mindestzahl von 5 000 Mammographien pro Jahr und Auswerter/Auswerterinnen wird in der Regel nicht erreicht, es gibt kein Einladesystem der teilnehmenden Frauen, keine zentrale Brustkrebsregistrierung. Vor allem haben die in Deutschland durchgeführten Mammographien nicht zu einer Absenkung der Brustkrebssterblichkeit geführt.
3. Das „graue Screening“ verursacht, neben erheblichen psychischen Belastungen für die Frauen, unnötige Kosten durch zu spät entdeckte Brustkrebstumore, die dann nur noch sehr aufwendig behandelt werden können (falsch-

negative Befunde), und durch unnötige Behandlungen und Wiederholungsuntersuchungen bei Frauen, die trotz eines positiven Befundes der Mammographie keinen Brustkrebs haben (falsch-positive Befunde). Würde das „graue Mammographie-Screening“ in ein qualitätsgesichertes Screening in Deutschland überführt werden können, könnten die jährlichen Kosten der gesetzlichen Krankenkassen in erheblichen Umfang gesenkt werden.

B. Lösung

Die Bundesregierung wird aufgefordert,

1. den mit dem GKV-Gesundheitsreformgesetz eingeschlagenen Weg der Qualitätssicherung, der Möglichkeit zur integrierten Versorgung, der evidenzbasierten Medizin konsequent auszubauen und gezielt die Qualitätsverbesserung in der Brustkrebsfrüherkennung zu fördern;
2. alle Voraussetzungen zu schaffen für die Einführung eines flächendeckenden Mammographie-Screenings nach europäischen Leitlinien;
3. darauf hinzuwirken, dass die Spitzenverbände der Krankenkassen und die Kassenärztliche Bundesvereinigung ab dem Jahr 2003 ein flächendeckendes Screening-Programm für Frauen nach den europäischen Leitlinien durch zertifizierte Mammographie-Einrichtungen einführen – ihre entsprechende Ankündigung wird ausdrücklich begrüßt – und für den Fall eine gesetzliche Regelung auf den Weg zu bringen, dass die gemeinsame Selbstverwaltung von Ärzten und Krankenkassen dieses Vorhaben nicht umsetzt;
4. die Zertifizierung von Einrichtungen zu fördern, die leitlinienorientierte, qualitätsgesicherte Mammographie anbieten;
5. die Qualität der Behandlung zu sichern;
6. die Öffentlichkeitsarbeit und die Patientinnenberatung zu verstärken;
7. auf die Länder einzuwirken, ein vollständiges, flächendeckendes Krebsregister (nach IARC-Standard) einzurichten, welches als Grundlage für die Gesundheitsberichterstattung sowie für weitere klinische und epidemilogische Forschung und damit auch dem Aufbau verbesserter Behandlungsqualität dient;
8. ein externes Qualitätsmonitoring zu etablieren, das die interdisziplinäre Zusammenarbeit aller im Screening Beteiligten organisiert, dokumentiert, publiziert und mit anderen europäischen Wissenschaftszentren vernetzt;
9. die Versorgungsforschung zu intensivieren.

Einvernehmliche Annahme des Antrags auf Drucksache 14/6453 in geänderter Fassung

C. Alternativen

Keine

D. Kosten der öffentlichen Haushalte

Wurden im Ausschuss nicht erörtert.

Beschlussempfehlung

Der Bundestag wolle beschließen,

den Antrag auf Drucksache 14/6453 mit folgenden Maßgaben, im Übrigen unverändert, anzunehmen.

Abschnitt II wird wie folgt geändert:

1. Nummer 3 wird wie folgt gefasst:

   „3. darauf hinzuwirken, dass die Spitzenverbände der Krankenkassen und die Kassenärztliche Bundesvereinigung ab dem Jahr 2003 ein flächendeckendes Screening-Programm für Frauen nach den europäischen Leitlinien durch zertifizierte Mammographie-Einrichtungen einführen – ihre entsprechende Ankündigung wird ausdrücklich begrüßt – und für den Fall eine gesetzliche Regelung auf den Weg zu bringen, dass die gemeinsame Selbstverwaltung von Ärzten und Krankenkassen dieses Vorhaben nicht umsetzt;

   Die am Screening teilnehmenden Zentren müssen nach den Leitlinien der Europäischen Union von den Spitzenverbänden der Krankenkassen unter Einbeziehung unabhängigen wissenschaftlichen Sachverstands nach dem EUREF-Standard zertifiziert werden. Darüber hinaus soll die Selbstverwaltung bis zum Jahr 2005 alle ambulant durchgeführten Mammographien, d. h. auch die der Abklärung von verdächtigen Befunden dienenden Mammographien, in die am Screening teilnehmenden Zentren überführen. In die Finanzierung der Screening-Programme sind die bisher von den Krankenkassen über die Gesamtvergütung für Mammographie aufgebrachten Mittel einzubringen;“.

2. Nummer 7 wird wie folgt gefasst:

   „7. auf die Länder einzuwirken, ein vollständiges, flächendeckendes Krebsregister (nach IARC-Standard) einzurichten, welches als Grundlage für die Gesundheitsberichterstattung sowie für weitere klinische und epidemilogische Forschung und damit auch dem Aufbau verbesserter Behandlungsqualität dient;“.

Berlin, den 16. Mai 2002

Der Ausschuss für Gesundheit

Klaus Kirschner	**Annette Widmann-Mauz**
Vorsitzender	Berichterstatterin

Bericht der Abgeordneten Annette Widmann-Mauz

I. Überweisung

Der Deutsche Bundestag hat in seiner 195. Sitzung am 18. Oktober 2001 den Antrag der Abgeordneten Helga Kühn-Mengel, Hildegard Wester, Regina Schmidt-Zadel, weiterer Abgeordneter und der Fraktion der SPD sowie der Abgeordneten Monika Knoche, Christa Nickels, Irmingard Schewe-Gerigk, weiterer Abgeordneter und der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN auf Drucksache 14/6453 in 1. Lesung beraten und dem Ausschuss für Gesundheit zur federführenden Beratung sowie dem Ausschuss für Familie, Senioren, Frauen und Jugend zur Mitberatung überwiesen.

II. Wesentlicher Inhalt der Vorlage

In Deutschland erkranken jährlich ca. 47 000 Frauen an Brustkrebs, und jedes Jahr sterben etwa 17 000 von ihnen an dieser Tumorart. Internationale wissenschaftliche Studien zeigen, dass sich durch ein qualitätsgesichertes Mammographie-Screening die Zahl der Todesfälle durch eine Brustkrebserkrankung bei Frauen im Alter von 50 bis 70 Jahren um 20 % bis 30 % verringern ließe. Dessen Einführung stellt somit den wichtigsten Einzelbeitrag zur Verbesserung der Brustkrebssterblichkeitsrate in Deutschland dar. Die Wirksamkeit dieses Programms ist auf der Grundlage von acht großen randomisierten Studien gesichert. Jedoch besteht in Deutschland gegenüber den Ländern, die schon ein entsprechendes Vorsorgeprogramm eingeführt haben, die Besonderheit, dass bereits ein teures, aber nicht ausreichend wirksames so genanntes „graues Screening“ existiert. Jährlich werden mehr als vier Millionen Mammographien durchgeführt; das sind 500 000 mehr als für die Einführung eines flächendeckenden qualitätsgesicherten Screenings mit einer Teilnehmerrate von 70 % notwendig wäre. Sie entsprechen zudem in der Regel nicht den 1994 entwickelten, international anerkannten europäischen Leitlinien: es existiert keine grundsätzliche Doppelbefundung, keine tägliche Qualitätskontrolle der Technik, die Mindestzahl von 5 000 Mammographien pro Jahr und Auswerter wird regelmäßig nicht erreicht, es wird kein Einladesystem der teilnehmenden Frauen durchgeführt und es existiert keine zentrale Brustkrebsregistrierung. Das „graue Screening“ verursacht erhebliche psychische Belastungen für die Betroffenen und zudem unnötige Kosten durch zu spät entdeckte Brustkrebstumore, durch falsch-negative und falsch-positive Befunde. Würde das „graue Screening“ in ein qualitätsgesichertes Screening überführt, könnten die jährlichen Kosten der gesetzlichen Krankenkassen erheblich gesenkt werden.

Daher beinhaltet die Vorlage die Forderung nach der Schaffung der Voraussetzungen für die Einführung eines flächendeckenden Mammographie-Screenings nach europäischen Leitlinien und zusätzlich eine standardisierte Brustkrebsregistrierung, ein bevölkerungsbezogenes Einladungssystem, ein externes Qualitätsmonitoring und die Verpflichtung der Krankenkassen, Screening-Mammographien, die den europäischen Leitlinien entsprechen, in den Leistungskatalog aufzunehmen. Außerdem müssen die am Screening teilnehmenden Zentren nach den Leitlinien der EU von den Spitzenverbänden der Krankenkassen unter Einbeziehung unabhängigen wissenschaftlichen Sachverstands nach dem EUREF-Standard zertifiziert werden. Die Qualität der Behandlung müsse gesichert werden, denn eine optimale Früherkennung erweise sich auch als qualitätsfördernd für die folgenden Behandlungsschritte. Des Weiteren seien die Öffentlichkeitsarbeit und Patientenberatung zu verstärken. Die Einrichtung eines vollständigen, flächendeckenden Krebsregisters nach IARC-Standard diene auch dem Aufbau verbesserter Behandlungsqualität. Nur durch die Etablierung eines externen Qualitätsmonitoring könne optimale Transparenz und Rückmeldung über die erreichte Qualität von der Früherkennung bis zur Nachsorge hergestellt werden. Die Versorgungsforschung müsse intensiviert werden, und auch die Ursachenforschung und die Forschung auf dem Gebiet der Primärprävention sei zu unterstützen.

III. Stellungnahme der mitberatenden Ausschüsse

Der **Ausschuss für Familie, Senioren, Frauen und Jugend** hat in seiner 87. Sitzung am 20. März 2002 mit den Stimmen der Fraktionen SPD, CDU/CSU, BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN und FDP bei Stimmenthaltung der Fraktion der PDS empfohlen, den Änderungsantrag auf Ausschussdrucksache 1372 des Ausschusses für Gesundheit anzunehmen.

Des Weiteren hat der Ausschuss in seiner 87. Sitzung am 20. März 2002 einstimmig empfohlen, den Antrag auf Drucksache 14/6453 anzunehmen.

IV. Beratungsverlauf und Beratungsergebnisse im federführenden Ausschuss

Der **Ausschuss für Gesundheit** hat in seiner 120. Sitzung am 12. Dezember 2001 beschlossen, zu dem Antrag auf Drucksache 14/6453 eine öffentliche Anhörung von Sachverständigen durchzuführen, und hat in seiner 121. Sitzung am 23. Januar 2002 die Beratung aufgenommen. Die Anhörung fand in der 131. Sitzung am 27. Februar 2002 statt.

Zu ihr waren als sachverständige Verbände der AOK-Bundesverband, der Verband der Angestellten-Krankenkassen e. V./Arbeiter-Ersatzkassen-Verband e. V., der Bundesverband der Betriebskrankenkassen, der Bundesverband der Innungskrankenkassen, der Bundesverband der landwirtschaftlichen Krankenkassen, die Bundesknappschaft, die See-Krankenkasse, der Arbeitskreis Frauengesundheit in Medizin, Psychotherapie und Gesellschaft e. V., der Berufsverband der Deutschen Radiologen, der Berufsverband der Frauenärzte e. V., die Brustkrebsinitiative, Hilfe zur Brustgesundheit e. V., die Bundesarbeitsgemeinschaft kommunaler Frauenbüros, die Bundesärztekammer, die Deutsche Gesellschaft für Psychosomatische Frauenheilkunde und Geburtshilfe, die Deutsche Röntgengesellschaft, die Deutsche Gesellschaft für Senologie Medizinisches Zentrum für Frauenheilkunde und Geburtshilfe, die Deutsche Krebsgesellschaft e. V., die Deutsche Krebshilfe e. V., die Deutsche Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe e. V., die Europa Donna, die Europäische Koalition gegen Brustkrebs Nationales Forum Deutschland e. V., die Kassenärztliche Bundesvereinigung, die Koalition Brustkrebs, das Institut für Medizinische Informationsverarbeitung, Biometrie und

Epidemiologie der Ludwig-Maximilians-Univesität München und die Women's Health Coalition und als Einzelsachverständige Rita Rosa Martin, Dr. Astrid Bühren, Irmgard Naß-Grigoleit, Prof. Dr. med. Dr. sc. Karl W. Lauterbach, Dr. J.H.C.L. Hendriks, Dr. Hans Junkermann und Prof. Klaus-Dieter Schulz geladen.

Auf das Wortprotokoll und die als Ausschussdrucksachen verteilten Stellungnahmen der Sachverständigen wird Bezug genommen.

Der Ausschuss für Gesundheit hat die Beratung in seiner 133. Sitzung am 13. März 2002 sowie in seiner 136. Sitzung am 20. März 2002 fortgesetzt; in der 136. Sitzung am 20. März 2002 erfolgte auch der Abschluss der Beratung.

Die Mitglieder der **Fraktionen SPD und BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN** hoben hervor, dass Brustkrebs die häufigste Krebserkrankung bei Frauen sei, und sich die Koalitionsfraktionen aus diesem Grund mit ihrem Antrag für mehr Qualität bei Früherkennung, Versorgung und Forschung und für ein Mammographie-Screening nach europäischen Leitlinien einsetzten. Der erste notwendige Schritt sei die Ausräumung der Defizite bei der Früherkennung, da es trotz der 4 Millionen Mammographien pro Jahr nicht gelungen sei, die Zahl radikaler Operationen zu senken. Es gebe in der Brustkrebsbehandlung weitreichende Defizite – von der Ausbildung der Ärzte über die Früherkennung, die Ursachen- und Präventionsforschung bis hin zur Nachsorge. Die mangelhafte Qualität in diesen Bereichen habe jedoch nicht nur mit den zur Verfügung stehenden finanziellen Mitteln zu tun. In Ländern, die ein bevölkerungsweites Screening eingerichtet hätten, sei die Sterblichkeitsrate trotz steigender Neuerkrankungsrate gesunken. Daher sei ein flächendeckendes Mammographie-Screening auf höchstem Qualitätsniveau zu fordern – Geräteausstattung und Assistenz müssten optimiert, eine entsprechende Zertifizierung eingeführt sowie eine Doppelbefundung und ein Einladungssystem durchgeführt werden.

Die Kosten, die durch die Einsetzung eines qualitätsgesicherten Screenings entstünden, relativierten sich angesichts der Abschaffung des „grauen Screenings“ und der Reduzierung der vielen nicht notwendigen operativen Eingriffe, die auf falsch-positive Befunde zurückgingen. Ein qualitätsgesichertes Screening würde die Brustkrebssterblichkeitsrate für Frauen zwischen 50 und 70 Jahren, die an einer nach den Wechseljahren auftretenden spezifischen Brustkrebserkrankung litten, um 20 % bis 30 % reduzieren. Frauen, die in jüngeren Jahren an anderen Arten von Brustkrebs erkrankten, würde das Screening dagegen nicht helfen. Hier sei als richtige Maßnahme die ärztliche Ausschlussdiagnostik gefordert.

Die Mitglieder der **Fraktion der CDU/CSU** stellten klar, dass sie bereits seit einem Jahr die flächendeckende qualitätsgesicherte Versorgung über ein Screening forderten. Das Vorhaben der Koalition sei grundsätzlich zu unterstützen, da wissenschaftlich unumstritten sei, dass das Screeningverfahren die derzeit beste Methode zur Erkennung von Brustkrebs sei. Probleme der Brustkrebsfrüherkennung, Behandlung und Nachsorge begleiteten viele Frauen über Jahrzehnte hinweg und erforderten deshalb eine langfristige qualitätsgesicherte ärztliche Begleitung. Allerdings fehle in dem Antrag der Koalitiosfraktionen der Aspekt, dass gerade angesichts der vielen falsch-positiven Befunde auch die geschulte psychologische Betreuung enorm wichtig sei. Die Fraktion der CDU/CSU fordere daher ein flächendeckendes, qualitätsgesichertes und fachübergreifendes Brustkrebsfrüherkennungskonzept.

Hervorzuheben sei, dass das gegenwärtige Problem in Deutschland insbesondere in der Finanzierung der Früherkennung liege. Heute werde die Brustkrebsfrüherkennung durch Mammographie nur erstattet, wenn ein Verdacht oder ein besonderes Risiko vorliege: Dies sei widersinnig, denn die Früherkennung nutze und sei wissenschaftlich gesichert. Allerdings sei anzumerken, dass die europäischen Leitlinien insbesondere hinsichtlich der jährlichen Mindestfrequenz von Mammographien und der obligatorischen Doppelbefundung Standards erforderten, die mit der gegenwärtigen Versorgungsstruktur in Deutschland nur schwer machbar und eben beispielsweise mit den Niederlanden nicht vergleichbar seien. Die vorhandenen vertragsärztlichen Strukturen müssten mit eingebunden werden.

Die Mitglieder der **Fraktion der FDP** begrüßten die Antragsinitiative, waren jedoch der Auffassung, dass der Antrag der Koalitionsfraktionen zu kurz greife. Die Umstände der Senkung der Sterblichkeitsrate in den europäischen Nachbarländern deuteten darauf hin, dass die Ursachen in erster Linie bei Fortschritten in der Therapie und nur zum Teil in Veränderungen bei der Prävalenz von Risikofaktoren oder der Einführung von Screening-Programmen liegen dürften. Es müsse vielmehr ein Gesamtkonzept von Früherkennung, Therapie und Nachsorge innerhalb der Regelversorgung erreicht werden. Diese Begriffe seien zwar in dem Antrag genannt, jedoch inhaltlich nicht ausgefüllt. Er konzentriere sich ausschließlich auf das Mammographie-Screening, was zu wenig sei.

Die Mitglieder der **Fraktion der PDS** wiesen darauf hin, dass die Brustkrebsvorsorge in Deutschland mehr als mangelhaft sei. Daher begrüßten sie die Initiative der Koalitionsfraktionen ausdrücklich, und betonten, dass das größte Defizit das Fehlen eines qualitätsgesicherten Früherkennungsprogramms, eines Mammographie-Screenings nach europäischen Leitlinien, sei. Demzufolge unterstütze die Fraktion der PDS das Anliegen, zu einem einheitlichen und gemeinsamen flächendeckenden Screening-Programm zu kommen, sowie die Forderung nach einem Krebsregister und externen Qualitätsmonitoring. Besonders wichtig sei darüber hinaus eine bessere Beratung der betroffenen Frauen.

Als Ergebnis der Beratungen hat der Ausschuss für Gesundheit den Antrag auf Drucksache 14/6453 in der Fassung des interfraktionell eingebrachten Änderungsantrags auf Ausschussdrucksache 1372 einstimmig angenommen.

Berlin, den 16. Mai 2002

Annette Widmann-Mauz
Berichterstatterin



Gesamtherstellung: H. Heenemann GmbH & Co., Buch- und Offsetdruckerei, Bessemerstraße 83–91, 12103 Berlin
Vertrieb: Bundesanzeiger Verlagsgesellschaft mbH, Postfach 13 20, 53003 Bonn, Telefon (02 28) 3 82 08 40, Telefax (02 28) 3 82 08 44
ISSN 0722-8333